A Monsieur le Professeur P. Bar
Amical hommage
Marfan

Leçon inaugurale





Faculté de Médecine de l'Université de Paris

CHAIRE D'HYGIÈNE ET DE CLINIQUE

de la première Enfance

Leçon inaugurale

par

M. A.-B. MARFAN

6

28 Novembre 1914

Faculté de Médecine de l'Université de Paris

CHAIRE D'HYGIÈNE ET DE CLINIQUE
de la première Enfance

Leçon inaugurale[1]

M. le Doyen,
M. le Directeur,
Mesdames, Messieurs.

Les pensées qui obsèdent nos âmes, l'angoisse et l'espérance qui se partagent nos cœurs ne doivent pas nous empêcher de remplir toutes nos obligations. Et, parmi les devoirs de l'heure présente, en est-il de plus sacré que celui de conserver, comme le trésor le plus précieux, la vie de nos jeunes enfants, pour que, demain, soient comblés les vides produits dans la nation par cette guerre exterminatrice? Et puisque les médecins doivent être nécessairement parmi les principaux agents de cette œuvre de réparation, ne convient-il pas de les y préparer sans délai? Ainsi a pensé l'Université de Paris, et c'est pourquoi je commence aujourd'hui, malgré les préoccupations et les difficultés de l'heure, ce cours d'Hygiène et de Clinique de la première enfance.

J'inaugure aujourd'hui une chaire nouvelle.

1. Leçon faite à l'Hôpital des Enfants-Malades, le 28 Novembre 1914.

Sous la forme qu'on lui a donnée, je ne crois pas qu'il en ait jamais existé de pareille dans aucune Université française ou étrangère. En d'autres temps, j'aurais insisté sur cette circonstance, et, obéissant à une coutume très respectable, j'aurais donné à cette leçon d'ouverture comme un appareil de fête. Souffrez qu'aujourd'hui je dépouille mon exposé de tout vêtement de cérémonie, et permettez-moi de vous dire simplement pour quelles raisons cet enseignement a été instauré et de quelle manière, dans les conditions présentes, je m'efforcerai de remplir la tâche qui m'a été confiée.

Les raisons qui ont motivé la création de cette chaire sont de deux sortes : les unes sont tirées de l'intérêt national, les autres sont d'ordre scientifique ou médical.

I

Il y a eu d'abord des raisons d'intérêt national. On a voulu créer une arme contre la mortalité de la première enfance et lutter ainsi contre la dépopulation.

Nous sommes dans un moment propice aux examens de conscience; nous devons donc en faire le triste aveu : la France tend à se dépeupler, puisque sa population est devenue à peu près stationnaire. Cette situation résulte de ce que le nombre des naissances diminue tous les jours sans que la mortalité baisse d'une manière équivalente. Pour lutter contre ce fléau, on doit donc chercher à augmenter le nombre des naissances et à diminuer le nombre des décès.

On se préoccupe beaucoup aujourd'hui de la diminution du nombre des naissances; on

recherche les mesures propres à y remédier. Malheureusement, tout le monde reconnaît qu'il est très difficile d'en trouver d'efficaces. Je ne dis pas cela pour décourager ceux qui s'y emploient; la situation est si grave que, pour ma part, je suis d'avis qu'on doit tout essayer, même les moyens les plus critiqués, comme la modification des lois successorales, ou les plus raillés, comme l'impôt sur les célibataires, sur les ménages sans enfants, voire sur les ménages à unique rejeton; car, s'il est vrai que la diminution de la natalité n'est pas propre à la France et qu'on la constate dans tous les pays dits civilisés, c'est nous que le fléau a touchés les premiers, et c'est chez nous qu'il a produit le plus de ravages.

Mais, puisqu'il est si difficile d'augmenter la natalité, recherchons si nous ne pouvons enrayer la dépopulation en diminuant le nombre des décès.

La statistique nous apprend qu'en France, au début du xxe siècle, sur 1.000 enfants qui naissent, il en meurt 150 dans la première année (dont 46 dans le premier mois et 17 dans les cinq premiers jours), 50 dans la deuxième année, 25 dans la troisième, 17 dans la quatrième, 13 dans la cinquième, 56 dans la période qui va de cinq à dix ans, 34 dans celle qui va de dix à quinze ans. La mortalité générale est de 22 pour 1.000 vivants; celle des adultes de quarante ans est de 11 pour 1.000 vivants. La mortalité des enfants du premier âge égale presque celle des vieillards qui ont atteint ou dépassé quatre-vingts ans.

En France, au début du xxe siècle, il naît par an environ 800.000 enfants[1], sur lesquels 120.000

1. Ce chiffre s'est abaissé à 750.000 en 1911 et 1912.

succombent avant d'avoir atteint la fin de la première année.

Ces chiffres démontrent que c'est surtout dans la première enfance que la mortalité est le plus élevée : elle y est véritablement énorme. Donc, si on veut diminuer sérieusement la mortalité générale, ce qu'il faut, avant tout, c'est chercher à abaisser le nombre des décès des enfants du premier âge.

Peut-on obtenir ce résultat? Certainement, et en voici une preuve. La mortalité des enfants du premier âge est encore très élevée, comme le montrent les chiffres précédents. Elle l'était bien plus il y a une trentaine d'années; elle a diminué progressivement, comme le prouvent les chiffres qui représentent la mortalité des jeunes enfants en France depuis 1892. Sur 1,000 enfants de moins d'un an, il en est mort :

De 1892 à 1895	258
De 1896 à 1900	220
De 1901 à 1905	164
En 1906	145
En 1909	143

Si la situation s'est ainsi améliorée, ce résultat est dû à tout un ensemble d'œuvres et de lois destinées à protéger la vie du jeune enfant, et cela doit nous encourager à continuer et à développer l'effort commencé ; car, malgré le progrès réalisé, il reste beaucoup à faire ; il faut donc perfectionner et compléter ce qui a déjà été fait. On peut présumer qu'en poursuivant un effort méthodique, on diminuerait aisément d'un tiers la mortalité des enfants âgés de moins d'un an ; chaque année,

on conserverait ainsi à la France 40.000 enfants. Ce serait un très beau résultat. Et pourquoi ne l'obtiendrait-on pas, si, comme je vais essayer de le faire voir, la plupart des maladies auxquelles succombent un très grand nombre de nourrissons sont des maladies évitables?

Dans les premiers temps de la vie, à la période où la mortalité est le plus élevée, les états morbides auxquels le nourrisson succombe le plus souvent, sont la débilité congénitale, la syphilis héréditaire, enfin ces affections digestives et ces troubles de la nutrition qui résultent principalement de la privation du sein maternel. La broncho-pneumonie vient ensuite; mais elle est souvent une complication des états précédents qui lui préparent les voies et la rendent plus grave. Quant à la tuberculose, si elle peut se rencontrer dans les premières semaines de la vie, elle ne commence à s'observer avec une certaine fréquence qu'à partir de la fin de la première année, et ce n'est qu'après deux ans qu'elle occupe une place de premier rang parmi les causes de mort.

Au début de la vie, nous avons donc à lutter surtout contre la débilité congénitale, la syphilis héréditaire, les affections digestives et les troubles de la nutrition.

Mais l'origine des deux premiers facteurs, débilité congénitale et syphilis héréditaire, est antérieure à la naissance; il en résulte que la protection de l'enfant doit commencer avant l'accouchement, qu'elle doit s'exercer pendant la gestation et même avant la conception. Si nous voulons diminuer la mortalité des enfants du premier âge, la puériculture, — pour me servir de l'expres-

sion imaginée par le Dr Caron en 1866, et propagée par M. le professeur Pinard, — la puériculture ne doit pas s'appliquer seulement à la période qui suit la naissance, mais encore à celle de la gestation et à celle qui précède la procréation; elle doit même s'appliquer au moment de la procréation.

La puériculture devra donc s'inspirer d'abord des principes de l'Eugénique de Francis Galton et de l'Eugennétique de M. Pinard. F. Galton a donné le nom d'*Eugénique* à la science qui étudie les facteurs d'amélioration ou de décadence de la race et recherche ceux qui peuvent être soumis à un contrôle social et à des mesures législatives; c'est une science très vaste qui comprend, entre autres choses, toute la question de l'hérédité[1]. M. Pinard a proposé de réserver le mot d'*Eugennétique* (εὖ, bien; γεννάω, j'engendre) à une branche de l'eugénique : l'étude des conditions qui doivent présider à une bonne procréation; c'est l'ap-

1. Le terme d' « Eugenic » a été créé par sir Francis Galton, qui a fondé à l'Université de Londres l'*Eugenic's Laboratory*. Une Société de propagande, l'*Eugenic's Education Society* existe aussi à Londres, dont le président est sir Léonard Darwin, et le secrétaire est Mrs Gotto. En Juillet 1912 s'est tenu à Londres, sous la présidence de sir Léonard Darwin (descendant de Charles Darwin), le Ier Congrès international d'Eugénique. A la suite de ce Congrès s'est fondée en France la *Société française d'Eugénique*, dont le président est M. Edmond Perrier; les vice-présidents, MM. Landouzy, Pinard et Frédéric Houssay; le trésorier, M. March; le secrétaire général, M. Apert. Des Sociétés semblables, indépendantes ou formant des sections spéciales de divers corps savants, existent aux Etats-Unis d'Amérique, en Danemark, en Italie, en Allemagne, en Suède et en Hollande.

plication de l'eugénique à la fonction de reproduction[1].

En utilisant les données que nous fourniront l'eugénique et l'eugennétique, nous pourrons arriver à diminuer la mortalité des nouveau-nés et aussi préparer des générations de Français sains et robustes. Ce sont, il est vrai, des sciences jeunes, qui ne peuvent enseigner qu'un petit nombre de faits positifs. Mais elles ont un avenir riche d'espérances. Comme il arrive souvent pour les choses nouvelles, elles sont très critiquées; cette introduction de la science et de la médecine dans les affaires du mariage et de la génération provoque les railleries des uns, l'indignation des autres. Je sais, aussi bien que personne, combien ces questions sont délicates, et je m'en suis déjà expliqué[2]; je sais que certains domaines de la conscience sont inviolables et qu'il faut éviter de blesser certaines susceptibilités; je sais aussi que si l'on est trop intransigeant, voulant améliorer l'espèce, on pourrait aboutir à la détruire. Mais je ne vois pas de raisons qui nous empêchent de dire, avec de terribles preuves à l'appui : « Ne procréez pas en état

---

1. A. Pinard. — « Protection de l'enfance ». *Nouvelle pratique médico-chirurgicale*, 1er supplément, 1911-1912, p. 1376. « De l'Eugennétique ». *Mélanges biologiques*. Livre dédié à Charles Richet à l'occasion du 25e anniversaire de son professorat, 1912, p. 527. — Voir aussi Wallich. « Puériculture ». *Nouvelle pratique médico-chirurgicale* », 1907, t. VII, p. 227. « Eugennétique ». *Nouvelle pratique médico-chirurgicale*, 1er supplément, 1911-1912, p. 547.

2. A.-B. Marfan. — « Le pouvoir d'allaiter a-t-il diminué chez les femmes de nos jours? » *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, Janvier 1902, p. 1 et 21.

d'ivresse, de morphinisme, de cocaïnisme [1], ou si vous êtes atteint de syphilis en évolution; autant que possible, ne procréez pas si vous ne vous sentez pas en état d'euphorie; conduisez-vous de telle sorte que jamais ne vienne l'heure où vos enfants peuvent vous reprocher de les avoir engendrés ». En parlant ainsi, je ne vois pas quel mal nous faisons et je vois, au contraire, que nous pourrons éviter des malheurs : et si, comme je l'espère, il venait un jour où nous serions pleinement écoutés, non seulement beaucoup de vies d'enfants seraient sauvées, mais encore nous améliorerions la race.

Pendant la gestation, le produit de la conception doit aussi être protégé. Les efforts de M. Pinard et de ses élèves, en particulier de M. Bachimont, ont abouti à faire reconnaître la nécessité de cette puériculture intra-utérine. On admet que pour éviter la naissance prématurée, et par suite la venue au monde d'un débile, il faut que la femme en état de gestation ne se fatigue pas, qu'elle soit soustraite aux effets de tout traumatisme, particulièrement du traumatisme sexuel, qu'elle soit soumise à une surveillance médicale pour que puissent être conjurés les effets de la syphilis et de l'auto-intoxication gravidique. Des œuvres ont été créées pour favoriser cette puériculture intra-utérine : asiles et consultations permanentes pour les femmes en état de gestation, mutualités et cantines maternelles. Mais leurs bienfaits, quoique considérables, sont encore

1. Marfan. — « Un cocaïnomane engendrant des enfants idiots. » *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, Septembre 1901, p. 410.

trop limités. Si on veut diminuer notablement le nombre de ces prématurés débiles destinés à mourir peu après la naissance, si on veut aussi atténuer le mal des avortements provoqués, il faut multiplier et perfectionner ces œuvres et étendre leur domaine d'action.

J'arrive au plus important des facteurs de mortalité dans la première enfance ; je veux dire ces affections digestives et ces troubles de la nutrition qui résultent d'une violation des règles de l'alimentation, règles dont la première est qu'un enfant doit être nourri par sa mère.

La privation du sein maternel est la cause, directe ou indirecte, de la mort d'un très grand nombre de jeunes enfants.

L'enfant privé du sein de sa mère peut être nourri par une autre femme à qui on achète son lait; cet allaitement par une mercenaire est à coup sûr le meilleur mode d'alimentation du jeune enfant après l'allaitement maternel ; mais il n'en présente pas moins des inconvénients, entre autres celui d'être le plus coûteux; on ne peut en faire bénéficier qu'un petit nombre d'enfants; pour les autres, il ne reste qu'une ressource, l'allaitement avec le lait d'un animal, c'est-à-dire l'allaitement artificiel.

Or, rien n'est aujourd'hui mieux démontré que la supériorité de l'allaitement naturel sur l'allaitement artificiel. Dans le groupe des enfants privés du sein aussitôt ou peu après leur naissance, la proportion des décès est environ quatre fois plus grande que dans le groupe de ceux qui reçoivent leur aliment naturel. Dans certaines régions, où les règles de l'hygiène sont plus parti-

culièrement ignorées ou violées, parmi les enfants soumis à l'allaitement artificiel, il en meurt un sur deux. Dans un pays donné, la mortalité des enfants âgés de moins d'un an est d'autant plus forte que l'allaitement au sein est moins répandu. C'est en Norvège et en Irlande, où presque toutes les femmes allaitent, que la mortalité est la plus faible : elle est inférieure à 10 pour 100. C'est en Allemagne et en Autriche, où l'allaitement maternel est le plus abandonné, qu'elle est la plus élevée : elle atteint 25 pour 100. La France occupe une situation intermédiaire avec une mortalité de 15 à 16 pour 100. Il semble même qu'il y a plus : d'après certaines recherches, les enfants privés du sein qui échappent à la mort sont, par la suite, moins vigoureux, plus petits de taille, plus exposés aux troubles digestifs, moins résistants à la tuberculose et plus réceptifs pour les maladies infectieuses aiguës que ceux qui ont été nourris au sein.

Certes, je suis loin de méconnaître les progrès qu'a fait l'allaitement artificiel dans la période qui vient de s'écouler. Les découvertes de Pasteur et de Duclaux nous ont montré les causes de souillure du lait animal et les dangers qu'elles font courir à l'enfant : elles nous ont donné en même temps les moyens de les supprimer. Mais la corruption du lait animal par des microbes ne représente qu'un des facteurs de l'infériorité de l'allaitement artificiel : il en est d'autres encore : c'est d'abord et surtout la différence de composition entre le lait de femme et le lait animal, différence que les plus savantes manipulations ne parviennent pas à effacer : ce sont aussi les propriétés toxiques qu'acquiert le lait des animaux

quand on les nourrit avec certains résidus industriels; ce sont enfin les falsifications frauduleuses que certains marchands font subir au lait animal.

Tout en reconnaissant bien haut les progrès de l'allaitement artificiel, on ne doit pas laisser ignorer que ces progrès mêmes l'ont rendu particulièrement délicat à diriger ; plus que jamais il est vrai de dire, avec M. Guéniot, que c'est tout un art, un art difficile, que d'élever un enfant sans le secours du sein maternel. Sans doute, on y peut réussir : le lait animal, de bonne qualité, bien administré aux doses convenables, permet d'élever nombre d'enfants ; et il faut ajouter que beaucoup de mères, nourrices un peu insuffisantes, ont pu continuer à donner le sein en complétant avec ce lait l'alimentation de leur enfant, mettant ainsi en pratique ce que nous appelons l'allaitement mixte. Mais il n'en reste pas moins vrai que des fautes sont facilement commises et qu'elles peuvent déterminer des accidents mortels. D'ailleurs, il est des nourrissons à qui l'allaitement artificiel le mieux dirigé ne convient pas, qui dépérissent et meurent si on ne les nourrit pas de lait de femme.

Cette supériorité de l'allaitement naturel et, pour certains enfants, son inéluctable nécessité, que l'observation et les statistiques nous démontrent, je vous dirai dans un instant que la biologie moderne nous en laisse pressentir les raisons profondes.

Nous devons donc lutter pour répandre l'allaitement maternel; nous devons soutenir, suivant l'expression de M. Pinard, « le droit de l'enfant à sa mère ». Si nous réussissons, non seulement

nous aurons contribué à rétablir l'accomplissement par l'espèce humaine d'un devoir de nature auquel aucune espèce animale ne s'est jamais soustraite, mais encore nous employons la méthode la plus sûre et la moins dispendieuse pour diminuer d'une manière notable la mortalité des jeunes enfants; nous combattons la dépopulation, ce fléau qui menace l'avenir des nations civilisées et dont la France souffre la première; nous préparons des générations d'hommes plus robustes.

Pour réussir dans cette croisade, il faut d'abord rechercher pourquoi tant de mères ne nourrissent pas leurs enfants. Les causes qui les empêchent de remplir leur devoir sont les unes d'ordre physiologique ou pathologique, les autres d'ordre moral ou social.

Les raisons d'ordre physiologique ou pathologique qui s'opposent à l'allaitement maternel sont bien moins importantes que les raisons morales ou sociales. Je me propose d'étudier plus tard les contre-indications et les difficultés de l'allaitement maternel; j'espère vous montrer que les premières sont rares et les secondes très souvent surmontables. Les seuls cas où une mère a le droit de ne pas allaiter sont ceux où elle est atteinte d'une maladie contagieuse qui l'affaiblit ou qu'elle peut communiquer à son enfant; ceux où elle est atteinte d'une maladie sérieuse à tendance cachectisante, comme le cancer, une maladie organique du cœur, des reins, du foie; ceux où il existe une malformation du mamelon impossible à corriger. Quant à l'insuffisance de la sécrétion lactée, si souvent invoquée, elle n'est qu'assez rarement un obstacle à l'allaitement; nous verrons que, parmi les femmes saines et

animées d'un désir sincère de remplir leur devoir, il en est peu qui n'aient pas assez de lait pour nourrir leurs enfants.

Les obstacles moraux ou sociaux à l'allaitcment maternel sont beaucoup plus importants. Ils sont différents suivant quc la mère appartient à la classe aisée ou à la classe pauvre.

Dans la classe aisée, l'obstacle à l'allaitement c'est l'égoïsme de la mère ou celui du père, ou les deux réunis; c'est quelquefois aussi une mauvaise direction, donnée par lc médecin ou la sage-femme.

Dans la classe pauvre, le grand obstacle est représenté par les exigences du travail professionnel des femmes; si la domestique ne nourrit pas son enfant, c'est à cause de sa placc; l'ouvrière et l'employée, parce qu'elles sont obligées de quittcr leur logis toute la journée pour aller travailler à l'usine ou à l'atelier, à la boutique ou au bureau; et ici se montre une des plus funestes conséquences de cette plaie des temps modernes : le travail industriel des femmes. Mais il y a encore d'autres raisons qui conduisent la mère pauvre à ne pas allaiter : c'cst quelquefois cette indifférence qui résulte de l'extrême misère; c'est plus souvent l'ignorance de la nécessité et de la possibilité d'allaiter.

Ainsi les causes les plus généralcs de l'abandon de l'allaitement maternel sont l'indifférence, l'égoïsme, la misère, le travail professionnel des femmes, l'ignorance.

Et ces mêmes causes nous les retrouvons, à bien peu de chose près, à l'origine de presque toutes ces violations des règles de la puériculture qui, avant ou après la naissancc, déterminent

la mort du produit de la conception ou lui imprime des tares plus ou moins indélébiles.

Que pouvons-nous pour en atténuer les effets? Contre l'égoïsme et l'indifférence, le philanthrope et le médecin sont à peu près désarmés, car ces facteurs dépendent de conditions qu'ils ne peuvent guère modifier : croyances religieuses, sentiments moraux, situation sociale. Mais ils peuvent lutter contre les autres causes, et c'est ce qu'ils ont déjà fait avec un certain succès. Je me propose de vous dire plus tard par quelles lois et quelles œuvres on a essayé de remédier aux effets de la misère, aux exigences du travail industriel des femmes qui, pourtant, semblent les plus irréductibles; je vous parlerai de la loi sur le repos des femmes en couches (loi P. Strauss), des mutualités maternelles fondées à Paris par M. Félix Poussineau, de la distribution de secours aux mères-nourrices par l'Assistance publique et diverses œuvres de charité privée; des asiles temporaires ou permanents pour les mères-nourrices, asiles où, comme le fait maintenant la Pouponnière, on réalise ce que j'appellerai l'allaitement « mutuel »; des restaurants gratuits pour mères-nourrices d'où sont issues les cantines maternelles; de l'article 8 de la loi Roussel relative à la protection des enfants du premier âge; des crèches-garderies et des chambres d'allaitement dans les usines et ateliers; enfin des consultations de nourrissons. Je dirai avec plaisir le bien que font ces œuvres; j'indiquerai celui qu'elles ne font pas et qu'elles ne peuvent pas faire; celui qu'elles ne font pas et qu'elles pourraient faire si elles étaient perfectionnées et complétées.

Reste la lutte contre l'ignorance. Si on examine ce qui a été essayé pour combattre cette grande cause de mortalité, on constate un fait un peu surprenant : on s'est efforcé de combattre l'ignorance des personnes étrangères à la médecine; mais on s'est beaucoup moins préoccupé de l'instruction des médecins.

Or, dans cette croisade entreprise pour diminuer la mortalité des enfants du premier âge, dans cette lutte pour l'allaitement maternel, dans ce combat contre l'ignorance, le médecin est le missionnaire indispensable.

Je reconnais que les personnes étrangères à la médecine peuvent exercer une action très bienfaisante ; quand elles sont éclairées et dévouées, elles sont pour nous des auxiliaires d'un grand prix. Je ne conteste pas l'efficacité de certains manuels de vulgarisation. Mais l'expérience montre que rien ne peut remplacer l'action personnelle d'un médecin instruit et avisé; pour répandre les connaissances nécessaires, redresser les erreurs et détruire les préjugés, rien ne vaut les conseils qu'il donne en chaque cas particulier, soit dans sa clientèle privée, payante ou gratuite, soit dans une consultation de nourrissons. On commence à reconnaître que les œuvres de protection de la première enfance qui n'ont pas une bonne direction médicale donnent des résultats insuffisants; pour être pleinement efficaces, ces œuvres doivent fonctionner avec le concours d'un médecin connaissant l'hygiène et la pathologie des nourrissons.

Dans la lutte contre la mortalité infantile, un rôle prépondérant est donc dévolu au médecin. Mais ce devoir social qui lui incombe, est-il pré-

paré à le remplir par ses études? On ne me contredira pas si j'avance que la plupart des jeunes docteurs qui viennent de quitter nos écoles ont beaucoup à apprendre sur ce sujet. J'ai reçu à ce propos des confidences significatives; j'ai entendu de jeunes confrères se plaindre d'avoir employé à des études qui leur étaient médiocrement utiles pour la pratique un temps qu'ils auraient pu passer à apprendre l'hygiène et les maladies des nourrissons.

Si la plupart des jeunes médecins en ignorent les éléments, ce n'est pas parce que les moyens de s'instruire leur ont manqué. Les professeurs de clinique des maladies de l'enfance font une place importante dans leurs leçons à l'hygiène et à la pathologie du premier âge. Les médecins de nos hôpitaux d'enfants donnent à ceux qui suivent leurs services un enseignement sur les questions qui s'y rattachent. La plupart des accoucheurs font de même dans les consultations de nourrissons dont leurs Maternités ont été dotées. A Paris et dans certaines villes de province, il existe des consultations de nourrissons, des gouttes de lait, des pouponnières, dirigées par des hommes instruits et dévoués, et qui tendent à devenir des centres d'instruction.

Pourquoi tous ces moyens d'enseignement n'ont-ils qu'une efficacité très limitée? C'est parce que l'enseignement de l'hygiène et des maladies des nourrissons n'est pas obligatoire pour les étudiants en médecine et parce qu'il n'a pas été systématiquement organisé pour eux.

La Faculté de médecine s'est préoccupée de cette lacune de son organisation; elle a saisi plusieurs occasions pour attirer sur elle l'attention

des pouvoirs publics ; unissant sa voix à celle des philanthropes et des sociologues, elle a montré que l'enseignement dans les Facultés de médecine de l'hygiène et des maladies de la première enfance est une des armes indispensables pour la lutte contre l'énorme mortalité de cette période de la vie, et c'est ainsi qu'a été décidée la création de la chaire que j'ai l'honneur d'inaugurer aujourd'hui.

II

Toutefois, je dois dire qu'à côté de cette raison tirée de l'intérêt national, il en est une autre, d'ordre scientifique ou médical, qui justifie encore cette création : l'hygiène et la pathologie du premier âge constituent vraiment un domaine spécial de la médecine et méritent un enseignement particulier. C'est ce que ce cours tout entier vous démontrera. Mais je voudrais aujourd'hui, sans entrer dans de trop longs développements, indiquer quelques points essentiels.

L'enfance est la période de la vie qui s'étend de la naissance à la puberté. Ce qui la caractérise avant tout, c'est qu'elle est la grande période d'accroissement, et que, du fait de la croissance, l'organisme subit des modifications rapides et profondes, de telle sorte que, dans l'enfance elle-même, on peut distinguer des périodes assez tranchées, durant lesquelles la vie infantile revêt des caractères différents. J'ai proposé de diviser l'enfance en trois phases [1] :

1. Marfan. — « La vie infantile et ses périodes ». *Semaine médicale*, 21 Novembre 1896, p. 469. « Considéra-

La première ou petite enfance s'étend de la naissance à la fin de la première dentition qui a lieu entre deux ans et deux ans et demi. Durant cette période, l'enfant est appelé *nourrisson* : durant le premier mois, on lui réserve le nom de *nouveau-né*.

La seconde ou moyenne enfance s'étend de la fin de la première dentition au commencement de la seconde, entre 6 et 7 ans.

La troisième ou grande enfance s'étend de 6 ou 7 ans jusqu'à la puberté, laquelle s'établit entre 12 et 16 ans, un peu plus tôt chez les filles que chez les garçons.

Chacune de ces périodes a ses caractères propres au point de vue de l'anatomie, de la physiologie, de l'évolution de la croissance, de la pathologie. Mais, en ce qui regarde cette dernière, on peut bien dire que la médecine de la grande et même celle de la moyenne enfance ne sont que des aspects un peu particuliers de la médecine des adultes. Au contraire, la médecine des nourrissons se distingue par des caractères qui lui appartiennent en propre et qui en font vraiment une branche à part de la médecine.

M. Hutinel a fait une remarque dont beaucoup d'entre vous ont pu vérifier la justesse. Un étudiant qui a fréquenté les hôpitaux d'adultes ne se trouve guère dépaysé s'il entre dans une salle où l'on soigne des enfants un peu grands ; s'il pénètre dans un service de nourrissons, il est tout d'abord désorienté, comme perdu.

---

tions générales sur l'enfance, ses périodes et ses maladies ». *La Pratique des maladies des enfants*, 1909, t. I[er], p. 1.

Un premier coup d'œil nous fait saisir quelques-uns des principaux caractères de la vie durant la première enfance et suffit à nous montrer combien cette période se distingue de toutes les autres.

Tout d'abord, nous remarquons ce fait capital que, durant la première enfance, le lait est l'aliment d'abord exclusif, puis prépondérant.

Ce que nous relevons ensuite, c'est la rapidité, plus grande qu'à toute autre époque, de la croissance et du développement. Cette rapidité est surtout remarquable pendant la première année. La taille, qui est d'environ 50 cm. à la naissance, est de 70 cm. à 1 an et de 80 à 2 ans. Le poids, qui est de 3 kilogr. 250 à la naissance, est à 1 an de 9 kilos et à 2 ans de 11 kilos et demi.

Cette rapidité de la croissance est telle que, entre la première et la seconde année, il y a déjà de notables différences. Dans les premiers mois, l'enfant se nourrit exclusivement de lait; il ne marche pas, il ne parle pas; il vit d'une vie végétative; il passe une partie de son temps à téter et l'autre à dormir : les actes psychiques font à peu près défaut et les mouvements sont presque tous involontaires, réflexes. Dans le cours de la seconde année, le lait est l'aliment prépondérant mais non exclusif; l'enfant apprend à marcher et à parler et l'on aperçoit les premières lueurs de la conscience.

C'est dans la petite enfance que s'effectue un acte important de l'évolution : la première dentition. Les premières dents qui se montrent, les incisives inférieures médianes, apparaissent entre six et sept mois; vers le trentième mois, lorsque les quatre dernières prémolaires sont sorties,

l'enfant possède les vingt dents qui constituent la dentition temporaire.

La vie normale du jeune enfant nous apparaît donc comme étant très spéciale. Sa vie pathologique accuse plus encore peut-être les différences qui séparent la première enfance des autres périodes de l'existence.

Mais, avant d'essayer de le montrer, il importe de poser un principe : les maladies sont soumises aux mêmes lois générales, chez le nourrisson, chez le grand enfant, chez l'adulte, chez le vieillard. A tous les âges, les causes de maladies peuvent toujours se ramener aux actions physiques (traumatisme, chaud, froid, radiations), à l'infection, à l'intoxication, aux troubles primitifs de la nutrition et de l'innervation; et ces causes suscitent toujours dans l'organisme les mêmes processus : leucocytose, diapédèse, congestion, irritation, hyperplasie, inflammation, dégénérescence, nécroses, acquisition par les humeurs de propriétés bactéricides, antitoxiques, anaphylactiques. Mais la fréquence d'intervention de telle ou telle cause, la forme et le degré des réactions que déterminent les agents pathogènes, leur localisation, leur tendance à se généraliser, leurs expressions symptomatiques sont sujettes à varier avec les âges; et la première enfance est certainement celui qui leur imprime les modifications les plus profondes.

Jetons un premier coup d'œil sur la pathologie de cette période de la vie.

Dès le premier abord, nous sommes frappés d'y rencontrer, avec une grande fréquence, des affections qui lui appartiennent en propre, comme

certaines formes de troubles digestifs, comme l'athrepsie, les accidents initiaux du rachitisme, lequel peut, sous des formes variées, poursuivre son développement jusqu'à la fin de la croissance, mais dont le début sous la forme typique remonte presque toujours à la première enfance.

Nous remarquons, en outre, que certaines affections y sont beaucoup plus communes qu'aux autres périodes de la vie : le muguet, les abcès rétropharyngiens, l'invagination intestinale, la bronchopneumonie et toute une série d'affections nerveuses : les convulsions, le spasme de la glotte, la tétanie, les encéphalites aiguës ou chroniques, l'hydrocéphalie.

En troisième lieu, nous remarquons que beaucoup de maladies revêtent dans le premier âge des formes spéciales : tels les érythèmes, les eczémas, les pyodermies. Je citerai aussi la tuberculose. La tuberculose existe chez le nourrisson et sa fréquence s'accroît progressivement à partir de la naissance ; elle revêt dans le premier âge des formes si spéciales qu'elle a longtemps passé pour exceptionnelle à cette période de la vie ; il a fallu les beaux travaux de M. Landouzy et de ses élèves, MM. Queyrat et Aviragnet, pour modifier complètement les idées sur ce point.

Nous remarquons encore que les malformations congénitales s'observent surtout dans la première enfance, car elles ne sont pas toujours compatibles avec une longue existence ; et nous voyons que c'est dans cette période que les effets des maladies des parents sur le produit de la conception sont le plus évidents, le plus saisissables. C'est surtout quand il soigne un nourrisson, et plus particulièrement un nouveau-né, que

le médecin doit compter avec l'origine congénitale des maladies ; il doit penser constamment à la syphilis congénitale, si fréquente, dont l'importance est si grande dans la pathologie du premier âge et dont l'existence est si souvent méconnue.

Enfin, nous sommes frappés de ce que certaines maladies sont exceptionnelles dans la première enfance ou même ne s'y rencontrent pour ainsi dire jamais. Je ne parle pas seulement de l'athérome, de l'artériosclérose, de la néphrite interstitielle, du cancer épithélial, qui sont très rares à toutes les périodes de l'enfance. Mais les fièvres éruptives, si fréquentes après deux ans, sont assez rares avant cet âge, surtout la scarlatine; elles le sont d'autant plus que le sujet est plus jeune; la pneumonie lobaire aiguë franche y est si exceptionnelle qu'on a pu avancer qu'elle ne pouvait pas se développer avant deux ans.

Ainsi, il suffit d'une vue rapide et sommaire pour reconnaître que la première enfance possède des aptitudes morbides très spéciales.

Mais je voudrais pénétrer plus avant, et, pour vous faire mieux sentir les différences qui séparent la pathologie du premier âge de celle des autres périodes de la vie, j'attirerai votre attention sur deux points : 1° les liens particulièrement étroits qui, dans le premier âge, unissent l'hygiène et la pathologie; 2° les caractères très spéciaux des réactions morbides à cette époque de la vie.

Un des faits les plus frappants de la pathologie de la première enfance, c'est que, dans cette période de la vie, la maladie suit très vite les man-

quements aux règles de l'hygiène. L'adulte évite assez souvent les conséquences de certaines fautes. Le nourrisson supporte mal les moindres infractions à l'hygiène ; il peut même souffrir et mourir des fautes commises par ceux qui l'ont engendré et dont ceux-ci ont à peine subi le poids.

C'est ce qui vous explique les liens qui, dans la première enfance, unissent l'hygiène et la pathologie, liens si étroits qu'il est à peu près impossible d'enseigner l'une sans l'autre. C'est ce qui vous fait comprendre l'importance de la prophylaxie dans la lutte contre les maladies des nourrissons.

Le plus grand manquement à l'hygiène du nourrisson, ce que j'appellerais volontiers le grand péché, c'est la privation du sein maternel.

Je vous montrais, en commençant, que cette infraction aux lois naturelles est, non pas la seule cause à coup sûr, mais la cause principale, de la mortalité des enfants du premier âge ; c'est elle qui est à l'origine de ces affections digestives et de ces troubles de la nutrition auxquels succombent tant de nourrissons. De plus, je vous disais, il y a un instant, que ces affections digestives et ces troubles de la nutrition revêtent des formes très spéciales qu'on ne retrouve à aucune autre époque de la vie. Or, tous ces faits sont en relation avec une particularité de la vie normale du nourrisson.

A la naissance, le mode de nutrition change brusquement. Pendant la vie intra-utérine, le fœtus reçoit par la veine ombilicale des matériaux tout élaborés ; il n'a qu'à se les approprier. Dès qu'il est séparé de la matrice et du placenta, l'en-

fant doit introduire des aliments dans son tube digestif, les digérer et les transformer en substance vivante. Ce changement si considérable et si brusque est une des causes de la faiblesse du nouveau-né. De plus, autre élément de débilité, à la naissance, le tube digestif est inachevé et pourtant la fonction digestive est celle qui va prédominer dans les premiers temps de la vie.

Mais la nature atténue les effets de ces antinomies en préparant, dans l'organisme maternel lui-même, un aliment spécial pour le nouveau-né. Lorsque l'enfant a quitté l'utérus, s'il ne reçoit plus le sang de la vie ombilicale, il trouve dans la mamelle de sa mère un liquide qui renferme, sous une forme à la fois simple et spécifique, tous les principes nécessaires à sa nutrition, à ses activités fonctionnelles et à son accroissement. L'allaitement continue la nutrition placentaire et la mamelle peut être considérée comme un placenta externe.

Quand je dis que le lait de la mère constitue pour son enfant un aliment spécifique, je veux dire par là que c'est le seul qui soit bien adapté au pouvoir de digestion et d'assimilation du nouveau-né. Et ce caractère d'aliment spécifique, que l'observation nous démontre, les propriétés que la biologie nous permet de constater dans les matières albuminoïdes viennent le confirmer. Les matières albuminoïdes du lait de femme, injectées sous la peau des animaux, déterminent dans les humeurs de ceux-ci l'apparition de précipitines spécifiques, c'est-à-dire capables de précipiter seulement les matières albuminoïdes du lait de femme et non celles du lait de vache ou d'autres animaux. Le lait renferme en outre des

enzymes et des enzymoïdes qui semblent avoir une action stimulante et régulatrice sur la nutrition du jeune enfant et pouvoir augmenter sa résistance contre diverses maladies. Or, ces corps proviennent du sérum de la mère ou sont élaborés par l'épithélium de la mamelle; ils sont inséparables de la matière protéique du lait dont ils représentent peut-être de simples propriétés ; ils ont, eux aussi, un caractère spécifique; si on en trouve d'analogues dans le lait des animaux, il n'y en a point de tout à fait identiques. On comprend donc pourquoi le lait animal, donné à un nourrisson, n'est pas susceptible d'une aussi parfaite digestion que le lait de femme et ne s'adapte pas aussi bien à ses besoins. On pressent même pourquoi le lait d'une femme étrangère,tout en restant très supérieur à celui d'un animal, ne conviendra pas toujours aussi parfaitement au nourrisson que celui de sa propre mère.

Et maintenant vous saisissez pourquoi, de toutes les conditions qui peuvent troubler la digestion et la nutrition de l'enfant du premier âge, la plus importante est la substitution d'un lait animal au lait maternel; vous comprenez qu'en raison des caractères si spéciaux de la digestion et de la nutrition normales, les troubles de ces deux fonctions auront, eux aussi, des caractères particuliers, qu'on ne retrouve à aucune autre époque de la vie.

Je voudrais encore attirer votre attention sur ce qu'ont de spécial les réactions morbides dans le premier âge. On peut, à ce sujet, formuler trois lois principales :

I. — Quand une maladie aiguë atteint un nourrisson antérieurement sain (je veux dire par là un nourrisson qui n'a pas été touché par l'athrepsie), elle détermine souvent des réactions intenses et diffuses, qui paraissent hors de proportion avec la bénignité et la localisation de cette maladie.

Prenons pour exemple une maladie aiguë assez fréquente et d'ailleurs souvent méconnue : la *pharyngite aiguë du cavum* ou *adénoïdite aiguë*, et, pour simplifier, j'aurai spécialement en vue le cas où elle ne se complique pas d'otite. C'est en général une maladie locale et bénigne qui, lorsqu'elle atteint un adulte, ne l'empêche pas toujours de vaquer à ses occupations; mais si elle se développe chez un nourrisson, elle peut se manifester par des réactions vives et diffuses.

Elle éclate subitement, tantôt au cours d'un simple rhume, tantôt au cours d'une grippe; la température monte à 39° ou 40° et cette invasion brusque est souvent accompagnée de vomissements. Le sujet est très abattu; parfois, il tombe dans une somnolence qu'interrompent seulement quelques plaintes; plus rarement, il se produit des convulsions. Au cours de l'affection, il survient presque toujours une diarrhée légère. Le diagnostic s'égare presque sûrement si on ne recherche pas systématiquement les symptômes d'occlusion nasale (respiration par la bouche, ronflement pendant le sommeil) et si on n'examine pas la gorge; cette exploration laisse voir sur la paroi postérieure du pharynx une masse de muco-pus qui descend et est ensuite déglutie. Faute de ces recherches, on pense à une méningite, à une broncho-pneumonie, à une affection

intestinale grave. Mais, au bout de trois ou quatre jours, la température revient assez brusquement à la normale, et la guérison a lieu rapidement. Même quand l'enfant a continué de prendre le sein assez régulièrement, le poids du corps diminue pour reprendre ensuite sa progression.

Ainsi, voilà une maladie locale et bénigne, et qui, cependant, est capable de provoquer chez le nourrisson des réactions vives et diffuses. Nous y relevons tout ce qui caractérise la maladie aiguë dans le premier âge : intensité de la fièvre, participation secondaire du tube digestif, degré des troubles nerveux, diminution de poids. Ces réactions vives et diffuses tiennent sans doute à ce que, dans les temps qui suivent la naissance, l'action régulatrice du cerveau sur les actes réflexes est encore faible ; il en résulte que les réactions morbides sont désordonnées et généralisées.

II. — Quand une maladie infectieuse se développe chez un nourrisson, il faut toujours redouter qu'elle ne reste pas localisée ; car, plus souvent que chez l'adulte, elle s'étend au delà de son foyer originel. Cette extension se fait surtout par la voie lymphatique ; mais elle peut aussi se faire par la voie sanguine.

La *participation du système lymphatique* aux infections est fréquente dans le jeune âge. Un catarrhe du nez ou de la gorge, même léger, peut s'accompagner d'un retentissement sur les ganglions du cou et se compliquer soit d'un adénophlegmon, soit de cet engorgement résolutif dont la « fièvre ganglionnaire » est une des formes.

La tuberculose nous offre aussi un exemple de cette participation prédominante du système lymphatique aux processus infectieux. Chez le jeune

enfant, l'infection tuberculeuse a pour porte d'entrée habituelle la muqueuse des voies respiratoires. Le bacille ne laisse souvent sur cette muqueuse que des traces minimes de son passage, sous la forme d'un tubercule qu'il faut souvent chercher avec soin ; parfois même on ne trouve pas la lésion d'inoculation. Mais le bacille pénètre dans les vaisseaux lymphatiques et va se multiplier dans les ganglions du médiastin, où il détermine des altérations considérables, dont le degré contraste avec la petitesse de la lésion de la porte d'entrée.

Cet envahissement facile du système lymphatique est dû peut-être à ce que les vaisseaux de la lymphe sont, chez le nourrisson, plus absorbants, plus perméables. Heureusement, les effets de cette disposition sont un peu atténués par la structure spéciale des ganglions du jeune enfant; ces ganglions, tout neufs, riches en centres germinatifs et en éléments cellulaires, paraissent bien organisés pour arrêter, détruire ou neutraliser les microbes et les toxines.

Pas plus chez le nourrisson que chez l'adulte, la septicémie n'est fréquente; cependant, le sang du premier semble se laisser pénétrer plus facilement par les microbes et se débarrasser moins vite de ceux qui l'ont envahi. Cet état moins réfractaire du sang du nourrisson est dû, pour une part, à ce que c'est un milieu neuf, qui n'a pas subi l'influence d'infections antérieures plus ou moins immunisantes. En tout cas, cette disposition nous explique pourquoi, au cours de broncho-pneumonies, d'entérites, de pyodermites, d'otites, d'affections tuberculeuses, on peut voir le nourrisson présenter subitement les symptômes d'une *septicémie suraiguë à marche foudroyante*.

III. — Les maladies chroniques du nourrisson se manifestent bien plus par des modifications de l'état général que par des réactions locales se rapportant à l'organe ou aux organes primitivement lésés; cliniquement, ceux-ci peuvent rester muets ou à peu près. Mais les maladies chroniques du nourrisson ont ordinairement un retentissement plus ou moins marqué sur l'état général, et ce retentissement peut revêtir trois formes très spéciales.

Qu'il s'agisse d'intoxications chroniques comme celles qui résultent d'une alimentation défectueuse (excessive, ou insuffisante, ou inappropriée), ou qui accompagnent certaines affections digestives; qu'il s'agisse d'infections comme la syphilis, la tuberculose, les pyodermites prolongées, les broncho-pneumonies subaiguës à rechutes indéfinies, souvent ce ne sont pas les symptômes propres à ces maladies qui frappent tout d'abord ; ce qui attire l'attention, c'est un trouble de la croissance, une anémie un peu spéciale ou des altérations combinées du tissu osseux et des tissus hémo-lymphatiques.

1° En premier lieu, on observe toujours des troubles de la croissance en poids; tantôt, il y a seulement retard ou arrêt; tantôt le poids diminue. Quand cette diminution atteint un certain degré et quand, après cette diminution, le poids n'a pas de tendance à remonter, on dit que le nourrisson est atteint d'atrophie. L'atrophie peut résulter aussi de l'arrêt très prolongé de la croissance en poids[1]. Avant quatre mois, on peut

---

1. Cette dénomination très ancienne d'*atrophie infantile* a été critiquée. Le principal reproche qu'on lui a

observer une décroissance notable et progressive du poids qu'on n'observe guère, au même degré, à aucune autre époque de la vie : alors l'atrophie revêt la forme spéciale de l'athrepsie de Parrot[1].

Nous étudierons plus tard ces états d'arrêt de la croissance ou de décroissance. Mais je voudrais tout de suite signaler un de leurs caractères les plus intéressants : la disparition du pouvoir de réaction aux infections aiguës. Ce que je disais, il y a un instant, de l'intensité et de la diffusion des réactions morbides dans les maladies aiguës ne s'applique qu'au nourrisson qui n'est pas en état d'atrophie ou d'athrepsie. Chez l'atrophique et surtout chez l'athrepsique, une affection aiguë — comme une broncho-pneumonie, un phlegmon, un érysipèle, une adénite suppurée — peut évoluer sans déterminer de fièvre, d'agitation nerveuse; elle se manifeste seulement en précipitant la dénutrition et la baisse du poids et en avançant l'heure de la terminaison fatale; souvent les réactions locales sont elles-mêmes très peu marquées et, par exemple, la broncho-pneumonie des athrepsiques ne se manifeste que par des signes sthétoscopiques si atténués qu'une exploration très attentive est seule capable de les saisir; l'autopsie et l'examen bactériologique sont parfois nécessaires pour qu'on puisse re-

---

adressé est celui d'être vague et de prêter à confusion. Mais il suffit de le définir pour que ce reproche n'ait plus de raison d'être.

1. Cette dénomination a, elle aussi, été critiquée ; on a dit qu'elle était un synonyme d'atrophie. Mais elle est déjà consacrée par l'usage, pour désigner un état qui doit être distingué des autres atrophies. Il n'y a donc que des avantages à la conserver.

constituer toute l'histoire de la complication.

2° En second lieu, les intoxications et infections chroniques déterminent très souvent chez le nourrisson une anémie spéciale, caractérisée par une légère diminution du nombre des globules rouges, une diminution bien plus notable de la quantité d'hémoglobine que chacun d'eux contient, une leucocytose qui est surtout une mononucléose, et, dans les cas graves, par l'apparition dans le sang de globules rouges à noyaux et de myélocytes. Un des caractères principaux de cette anémie, la pauvreté des globules en hémoglobine, la rapproche des états chlorotiques ; il est lié, pour une part, à une particularité physiologique de la première enfance : le lait est l'aliment le plus pauvre en fer de la nature; mais le nouveau-né apporte en naissant dans ses tissus, surtout dans son foie, une réserve martiale qui lui permet de subvenir à ses besoins en fer durant l'allaitement; que cette réserve soit insuffisante, ou qu'une maladie en exagère la dépense, ou que l'alimentation lactée exclusive soit prolongée trop longtemps, voilà les causes qui, agissant isolées ou réunies, font que la pauvreté des globules rouges en hémoglobine est, dans les anémies du nourrisson, si fréquente et si tenace.

3° Enfin, les infections et les intoxications chroniques suscitent dans le jeune âge une suractivité morbide des organes hémo-lymphatiques, en particulier de la moelle osseuse, qui, d'après mes recherches, représente l'essence même du rachitisme ou ostéo-lymphatisme.

Troubles de la croissance en poids, réactions ostéo-lymphatiques, anémie spéciale, telles sont

les trois formes de troubles par lesquelles peuvent se manifester toutes les infections ou intoxications chroniques du premier âge. Ces trois ordres de manifestations se combinent en proportions diverses, réalisant des syndromes variés, mais qui, tous, peuvent être déterminés par les mêmes causes, c'est-à-dire par toutes les infections ou intoxications chroniques survenant dans le premier âge. Donc, derrière ces atrophies et ces athrepsies, par delà ces syndromes rachitiques et ces anémies, le médecin doit chercher la cause première : la syphilis, la tuberculose, l'alimentation défectueuse et les troubles digestifs, les broncho-pneumonies prolongées, les pyodermites à répétitions indéfinies.

Si le temps ne me pressait, j'étudierais encore d'autres différences entre la médecine du premier âge et celle des autres périodes de la vie; je vous dirais combien sont spéciales les règles de l'exploration clinique chez le nourrisson; je vous dirais que si la thérapeutique s'inspire des mêmes principes qu'aux autres âges, elle n'emploie pas les mêmes moyens, et qu'elle agit plus par les prescriptions hygiéniques et diététiques et les applications externes que par les médications pharmaceutiques. Mais je pense en avoir assez dit pour montrer que l'hygiène et la pathologie de la première enfance constituent vraiment une branche spéciale de la médecine et méritent un enseignement spécial.

III

Telles sont les raisons qui ont déterminé la création de cette chaire. A diverses reprises, on

les a fait valoir sans succès. Elles n'ont touché les pouvoirs publics que lorsqu'elles ont été présentées avec une grande force par notre doyen M. Landouzy et notre collègue M. Hutinel.

Le 9 Novembre 1912, M. Hutinel inaugurait son nouvel amphithéâtre par une leçon sur l'enseignement de la pédiatrie à la Faculté de Médecine de Paris[1]. Il y montrait que, dans le vaste domaine de son enseignement, l'hygiène et la clinique de la première enfance forment un champ très spécial, ayant une certaine indépendance et possédant, d'ailleurs, une étendue considérable. Comme M. Hutinel est un professeur consciencieux, animé du désir de remplir toute sa tâche, il se demandait si l'effort, pourtant si remarquable, qu'il a fait pour organiser, avec la collaboration de ses élèves, notamment de M. Nobécourt, l'enseignement de cette branche de la pédiatrie, était suffisant, et s'il avait pu lui donner toute la place qu'elle mérite. Il laissait entendre qu'en se consacrant non pas exclusivement, mais plus particulièrement à l'étude des maladies des enfants âgés de plus de 2 ans, il gardait un magnifique champ pour son activité, et il exprimait le vœu que l'enseignement de la pédiatrie ne fût plus donné dans une chaire unique.

De telles paroles, dans la bouche du professeur titulaire de clinique des maladies de l'enfance, eurent un grand retentissement.

Au moment même où M. Hutinel les prononçait, M. Klotz, ministre des Finances, nommait

---

1. Hutinel. — « La pédiatrie française. Son enseignement à la Faculté de Paris ». *Bulletin médical*, 13 Novembre 1912.

une Commission chargée d'étudier toutes les questions relatives à la dépopulation. Dans une sous-Commission qui devait rechercher les moyens d'ordre social d'y remédier, M. le doyen Landouzy et MM. les professeurs Pinard et Hutinel proposèrent la création dans les Facultés de médecine d'un enseignement didactique et pratique de l'Hygiène et de la Clinique de la première enfance. M. Landouzy fut chargé de soutenir cette proposition dans un rapport. Cela lui donna l'occasion d'écrire une belle page, aussi éloquente que bien documentée[1]. Les conclusions de ce rapport, présenté le 19 Février 1913, furent votées à l'unanimité par la sous-Commission.

Entre temps, pour leur donner plus de force, M. le doyen avait saisi de la question le Conseil de la Faculté de Médecine de Paris; il lui avait proposé de reprendre un vœu émis par lui plusieurs années auparavant; le 13 Février 1913, après discussion, le Conseil demandait à l'unanimité la création d'une chaire d'hygiène et de clinique de la première enfance.

Le rapport de M. Landouzy et le vœu du Conseil de la Faculté furent transmis à M. Steeg, ministre de l'Instruction publique, qui, après en avoir pris connaissance, décida d'inscrire au budget de 1914 les dépenses de la future chaire. Cette inscription fut maintenue par les ministres qui se succédèrent pendant la discussion de ce budget : MM. Barthou, Viviani et Augagneur.

M. le sénateur Paul Strauss, président de la Ligue contre la mortalité de l'enfance, qui porte

---

1. Ce rapport a été publié dans *Le Nourrisson*, Mars 1913, p. 129.

un si grand intérêt à tout ce qui touche à la puériculture, désireux que le nouvel enseignement commençât le 1er Novembre, proposa au Sénat, le 21 Mai 1913, de voter un commencement de dotation et prononça à ce propos un éloquent discours. Le ministre de l'Instruction publique, M. Barthou, promit de demander le vote d'un crédit supplémentaire. Mais bientôt surgirent de graves préoccupations et cette promesse ne put se réaliser[1].

La chaire fut créée par le vote du budget de 1914, qui n'eut lieu qu'en juillet de la même année.

Ayant consacré, depuis plus de vingt ans, une bonne part de mon activité à l'étude de l'hygiène et des maladies de la première enfance, j'ai présenté ma candidature à M. le ministre de l'Instruction publique qui nomme directement le titulaire de toute chaire nouvelle. Mais, au préalable, j'ai voulu avoir l'assentiment de mes collègues de la Faculté de médecine, et je leur ai demandé s'ils voulaient bien autoriser mon transfert de la chaire de thérapeutique, qu'ils m'avaient appelé à occuper en 1910, à celle qui venait d'être créée. Le 23 Juillet 1914, ils m'ont accordé cette autorisation à l'unanimité et, par là, ils m'ont donné comme une investiture nouvelle. Puis, M. Augagneur, ministre de l'Instruction publique, voulut bien me faire savoir qu'il agréait ma can-

1. Le projet de cette création fut appuyé à la Commission des finances du Sénat par MM. Bienvenu-Martin, Lintilhac, Léon Labbé, Peyrot, Albert Gérard, et à la Commission du budget de la Chambre des députés par MM. Cochery, Adrien Veber, Gaston Thomson, Henri Schmidt.

didature et qu'il présenterait ma nomination à la signature du Président de la République dès que celui-ci serait de retour de son voyage de Russie. Mais vous savez quels événements se sont précipités à la fin du mois de Juillet et quelles étaient les angoisses de tous au moment où M. Poincaré rentra en France. C'est le 20 Octobre seulement que, par un décret rendu à Bordeaux, M. Albert Sarraut, devenu ministre de l'Instruction publique, m'appela à occuper la nouvelle chaire.

J'adresse donc mes respectueux remerciements à M. Augagneur et à M. Albert Sarraut. J'exprime ma vive gratitude à mes collègues de la Faculté, qui, tous, m'ont encouragé et prêté leur appui. Mais je serais un ingrat si j'oubliais ce que je dois plus particulièrement à M. le doyen Landouzy et à M. le professeur Pinard; qu'ils reçoivent ici l'expression de mon affectueuse reconnaissance et de mon respectueux dévouement.

Mon cher et vénéré maître, M. Bucquoy, a bien voulu assister à cette leçon inaugurale. Je veux profiter de sa présence pour le remercier de l'intérêt qu'il n'a cessé de porter à ma carrière médicale. J'ai eu le grand honneur d'être son interne et je n'oublierai jamais les matinées que j'ai passées à l'Hôtel-Dieu auprès de lui ; il enseignait la clinique au lit du malade, et son enseignement était à la fois simple et fort, clair et profond. Je salue en lui le représentant d'une grande tradition : celle de l'enseignement clinique français.

M. le professeur Kirmisson veut bien m'accorder provisoirement l'hospitalité de son amphithéâtre. C'est un nouveau témoignage de bienveillance

qui s'ajoute à tous ceux qu'il m'a donnés déjà ; je l'en remercie de tout mon cœur.

Je remercie enfin mes collègues de l'hôpital des Enfants-Malades d'avoir bien voulu consentir à ce que la Crèche ne fût plus un service de roulement, mais fût rattachée à la nouvelle Clinique ; par là, ils ont facilité l'organisation de cet enseignement.

En d'autre temps, cette nomination m'aurait procuré une joie sans mélange, comme la réalisation d'un rêve de jeunesse qu'on caresse tout en le croyant chimérique. Aujourd'hui, nous sommes tous obsédés par des préoccupations trop fortes pour que nous puissions nous réjouir. Le sentiment qui me domine est celui de ma responsabilité ; j'ai la tâche ardue d'initier les jeunes générations médicales à une science et à un art qu'elles ont négligés jusqu'ici ; en raison de leur importance pour l'avenir de la nation, je désire de toute mon âme parvenir à les y intéresser.

Ce ne sont pas les sujets d'étude qui nous manqueront. A la consultation de nourrissons, à la Crèche, à la salle Blache, nous trouverons, sous tous ses aspects, le jeune enfant sain ou malade. Ce qui nous fera défaut, c'est une installation matérielle convenable. Mais ce n'est plus qu'une question de temps. Lorsque notre France bien-aimée aura repris sa vie normale, M. le directeur de l'Assistance publique a décidé de réaliser un projet mis à l'étude depuis longtemps et qui consiste à construire un bâtiment renfermant des locaux bien aménagés pour une consultation de nourrissons avec une distribution de lait, pour une Crèche nouvelle destinée à remplacer l'an-

cienne si défectueuse, pour une nourricerie, pour une cuisine et un laboratoire de lait. M. le directeur de l'Assistance publique veut bien s'entendre avec l'Université pour que le futur pavillon abrite la nouvelle chaire et lui offre une installation tout à fait appropriée à ses besoins. Sa présence ici nous est un témoignage de l'intérêt qu'il porte à la réalisation de ce projet.

Cette année, en raison des circonstances, je ferai peut-être un enseignement de fortune, car je n'ai ni chef de clinique, ni chef de laboratoire ; d'ailleurs, le laboratoire est à peine entr'ouvert; enfin, à mes fonctions civiles se joignent des obligations militaires. Mais je compte sur les collaboratrices qui, depuis le début de la guerre, m'ont apporté le concours le plus dévoué et ont été pour moi de précieuses auxiliaires [1]. Dans la mesure où je le pourrai, j'essaierai de donner à cet enseignement le double caractère que doit avoir tout enseignement médical, c'est-à-dire que je m'efforcerai de le faire à la fois scientifique et professionnel; je juxtaposerai donc des exposés didactiques et des présentations de malades.

J'espère que vous voudrez bien m'aider à remplir ma tâche en m'accordant votre attention et votre bienveillance.

---

1. M[lles] Rabuteau, M. Moiroud, A. Raphaël, M[me] Dora Mantoux.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette. — 19436.

Cette leçon a été publiée

dans le numéro de *La Presse Médicale*

du 7 janvier 1915